

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2008 –

**« DE NOUVEAUX MODES DE REMUNERATION
POUR UNE MEDECINE DE VILLE PLUS
QUALITATIVE ? »**

– Groupe n°30–

- **BOILLET Pauline**
- **DECAVEL Frédérique**
- **DEROCHE Thomas**
- **ETCHEBARNE Christine**
- **KUENTZMANN Patricia**
- **LAGARDE Raphaël**
- **LAHAYE Muriel**
- **MALECKI Richard**
- **MONIER Mathieu**
- **PHILIPPE Anne**
- **SAMSON Manuelle**

Animateur : Alain PARAPONARIS

S o m m a i r e

Introduction	1
1 Les différents modes de rémunération des médecins peuvent inciter à la qualité s'ils sont combinés et encadrés par des indicateurs de performance	3
1.1 Les pays occidentaux connaissent deux grands types de rémunération de la médecine de ville.....	3
1.1.1 Le paiement rétrospectif rémunère les médecins en fonction d'une production intermédiaire et indifférenciée, l'acte.	3
1.1.2 Les modes de paiement prospectifs, à savoir la capitation et le salariat, rémunèrent les médecins en fonction d'une activité estimée a priori.....	5
1.2 Les systèmes de rémunérations mixtes pallient les insuffisances au regard de la qualité des modes de rémunération purs	7
1.2.1 Les modes de rémunérations purs ne permettent pas d'atteindre une médecine de ville de qualité	7
1.2.2 Les systèmes de rémunération mixtes, conjugués à des dispositifs d'évaluation, permettent mieux de tendre vers une médecine de ville de qualité.....	9
2 En France, l'évolution récente des facteurs culturels faisant traditionnellement obstacle à la remise en cause du paiement à l'acte, permet d'envisager le passage à un mode de rémunération mixte et plus qualitatif de la médecine de ville.....	13
2.1 L'attachement des médecins de ville aux fondements libéraux est un obstacle important à l'évolution du mode de rémunération, même si les conditions difficiles d'exercice favorisent une évolution récente des mentalités	13
2.1.1 Les fondements de la médecine libérale française freinent l'évolution des modes de rémunération	13
2.1.2 Les contraintes de la médecine libérale encouragent les praticiens à envisager d'autres modes de rémunération	17
2.2 Oser une réforme du mode de rémunération des médecins libéraux français pour renforcer la qualité au cœur de leur pratique	20

2.2.1 La voie incrémentale : pallier les biais de la RAA en lui adjoignant une forte dose de rémunération forfaitaire indemnisant les efforts qualitatifs de prévention	20
2.2.2 La voie radicale: tirer parti de l'évolution des mentalités pour passer à un mode de rémunération prospectif et ancré sur des indicateurs de qualité	21
Conclusion.....	25
Bibliographie.....	27
Liste des annexes	Erreur ! Signet non défini.

R e m e r c i e m e n t s

Nous tenons à remercier notre animateur Monsieur Alain PARAPONARIS pour son encadrement et ses conseils tout au long de notre étude.

Nous remercions les professionnels contactés pour le temps qu'ils nous ont accordé lors des entretiens, ainsi que pour l'éclairage pratique qu'ils ont apporté à nos réflexions.

Liste des sigles utilisés

ALD	Affection de longue Durée
AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CISS	Collectif Interassociatif Sur la Santé
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CSMF	Confédération des Syndicats Médicaux Français
DMP	Dossier Médical Personnel
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EGOS	Etats Généraux de l'Offre de Soins
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
FMC	Formation Médicale Continue
FMF	Fédération des Médecins de France
HAS	Haute Autorité de Santé
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MGFrance	Médecins Généralistes France
MRS	Mission Régionale de Santé
NHS	National Health Service
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economique
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
PDS	Permanence des Soins
RAA	Rémunération à l'Acte
RAP	Rémunération à la Pathologie
RIAP	Relevé Individuel d'Activités et de Prescriptions
RMO	Références Médicales Opposables
SML	Syndicat des Médecins Libéraux
SNJMG	Syndicat National Jeunes Médecins Généralistes
T2A	Tarifification à l'Activité
URML	Unions Régionales des Médecins Libéraux
UNCAM	UNion des Caisses d'Assurance Maladie

Introduction

La médecine de ville française est souvent critiquée pour son orientation excessivement curative, sans égards suffisants pour la prévention. Nombreux sont les commentateurs qui voient dans ce biais la marque du mode de rémunération à l'acte, qui inciterait le praticien à l'abattage aveugle de prestations de soins, sans égards pour la qualité globale de la prise en charge.

Néanmoins, le lien entre mode de rémunération et qualité de la médecine de ville est plus complexe qu'il n'y paraît. Tout d'abord, il suppose une conception partagée de la qualité de la médecine de ville. Or, cette notion apparaît difficile à cerner, dans la mesure où la définition commerciale de la qualité – la satisfaction des besoins du client – n'est pas entièrement transposable à la santé, en raison du déficit d'information du patient sur son propre état. Outre la satisfaction de ce dernier, la qualité de la médecine de ville peut ainsi être mesurée tant par la durée de consultation que par les résultats épidémiologiques (obligation de résultat), voire par la conformation du praticien aux bonnes pratiques (obligation de moyens).

Par ailleurs, les médecins de ville ne forment pas une corporation suffisamment homogène pour que la question du mode de rémunération y recouvre les mêmes enjeux pour tous. Ainsi, un spécialiste libéral à plateau technique et à honoraires libres a des revendications en matière de mode de rémunération assez différentes de celles d'un généraliste de secteur 1, dont la productivité n'est pas évolutive.

Faire le lien entre mode de rémunération et caractère qualitatif de la médecine de ville impose donc des partis pris. En l'espèce, nous considérerons qu'une médecine de ville qualitative concerne l'ensemble des praticiens libéraux, et se rapporte à une pratique intrinsèquement tournée vers l'amélioration de l'état de santé du patient, à travers une prise en charge curative et préventive.

Il s'agit donc de comprendre en quoi l'introduction de modes alternatifs de rémunération des praticiens libéraux français permettrait de s'approcher mieux qu'aujourd'hui d'une telle pratique. À cet égard, l'observation des exemples étrangers et de certains régimes français particuliers (mines, cheminots) est éclairante, puisqu'elle démontre qu'il existe des modes de rémunération alternatifs à la rémunération à l'acte (capitation, salariat) susceptibles d'encourager la qualité, à condition qu'ils soient mixtes (combinaison d'incitations) et négociés avec les médecins eux-mêmes. À ce titre, l'attachement de la profession aux principes canoniques de la médecine libérale a longtemps interdit toute remise en cause de la prépondérance de la rémunération à l'acte.

Or, on constate précisément une évolution récente du discours des médecins sous l'effet du rajeunissement et de la féminisation de leurs effectifs : désormais, la plus grande attention portée aux conditions et au temps de travail nourrit une curiosité nouvelle pour les modes de rémunération alternatifs. Une certaine convergence de points de vue à ce sujet s'est ainsi manifestée entre tutelles et médecins à l'occasion des derniers États Généraux de l'Offre de Soins (EGOS). En effet, les revendications des praticiens sur l'amélioration des conditions de travail sont compatibles avec la recherche d'une médecine plus qualitative, prenant le temps de la prévention, de l'éducation thérapeutique et de la formation continue.

Dans un premier temps, nous décrirons les modes de rémunération classiques des médecins de ville et leur impact sur la qualité de leur pratique ; à cet égard, la voie la plus féconde semble résider dans un mélange des modes de rémunération à même de neutraliser les inconvénients respectifs de chacun d'entre eux. Puis, dans un deuxième temps, nous expliqueront le « retard français » dans l'organisation d'une telle mixité des modes de rémunération, tout en mentionnant les facteurs d'évolution récents permettant de décrire deux scénarios de changement praticables.

1 Les différents modes de rémunération des médecins peuvent inciter à la qualité s'ils sont combinés et encadrés par des indicateurs de performance

1.1 Les pays occidentaux connaissent deux grands types de rémunération de la médecine de ville

Le paiement rétrospectif d'une part, et le paiement prospectif d'autre part, constituent les deux types de rémunération de la médecine de ville dans les pays occidentaux.

1.1.1 Le paiement rétrospectif rémunère les médecins en fonction d'une production intermédiaire et indifférenciée, l'acte.

Le paiement rétrospectif consiste à rémunérer le médecin libéral en fonction du nombre et du type d'actes produits. A l'occasion de chaque acte, le médecin est rétribué de manière indifférenciée pour le temps et l'expertise qu'il met au service du patient. Ainsi, le principe de la rémunération à l'acte (RAA) est d'indemniser a posteriori, c'est-à-dire *rétrospectivement*, les efforts du praticien, qui module lui-même son activité. Ce mode de rémunération est généralement en vigueur dans les pays de tradition bismarckienne, où le risque maladie est couvert par l'assurance (France et Allemagne notamment).

Le paiement à l'acte se justifie par la grande liberté d'exercice professionnel qu'il accorde au praticien, et par la garantie d'un réel accès aux soins pour le patient, puisque le médecin a en toute circonstance intérêt à lui en délivrer. En outre, il respecte le libre choix du médecin par le patient.

Économiquement, le paiement à l'acte exerce cependant une pression inflationniste sur la production de biens et services médicaux. En effet, il peut entraîner une éventuelle surconsommation de ces derniers en raison du phénomène de *demande induite* : le médecin étant l'agent du patient, son avantage d'information sur ce dernier lui permet de prescrire la quantité de soins maximisant ses revenus, d'autant que le patient n'est pas le payeur (il est solvabilisé par l'Assurance maladie). Producteurs de soins et patients ont ainsi

mutuellement intérêt à la prescription d'une grande quantité d'actes, et le financeur (l'Assurance maladie) ne détient pas les informations nécessaires à la limitation de ces pratiques. Les médecins peuvent donc utiliser librement leur volant de modulation du volume d'actes prescrits pour gérer leur revenu. Ainsi, lors des gels d'honoraires en 2001 et 2002 en France, les médecins généralistes ont pratiqué plus d'actes dans l'objectif de maintenir leur niveau de revenu.

L'équilibre macroéconomique du marché des biens et services médicaux est généralement sous-optimal dans un système de rémunération à l'acte avec demande solvabilisée, car le volume échangé est supérieur à la valeur d'équilibre. Or, cet effet inflationniste conduit logiquement à un surcoût de la médecine de ville, car le payeur, c'est-à-dire l'Assurance maladie dans le cas français, n'a en général pas le pouvoir de rationner le volume de biens et services médicaux échangés, ni celui de moduler le prix d'échange (tarif de la consultation). En effet, il lui est politiquement impossible d'avoir recours à des mesures coercitives pour récupérer les sommes reçues par les médecins, qui perçoivent leurs honoraires en contrepartie d'actes prescrits selon une bonne foi présumée ; d'où une tendance à limiter la prise en charge mutualisée des consultations et des prescriptions qui en découlent à travers les déremboursements ou les franchises médicales. Ceci se traduit in fine par un effet négatif sur l'accès aux soins. La rémunération à l'acte peut en cela déboucher sur une certaine inégalité face à la maladie. Ainsi, 64% seulement des dépenses médicamenteuses sont prises en charge en France, alors qu'en Grande Bretagne, où le mode de rémunération des médecins de ville est la capitation, cette proportion s'élève à 90%.

Finalement, la rémunération à l'acte est bien « un système inflationniste où celui qui paye (l'Assurance maladie) n'a pas de prise sur celui qui ajuste son revenu par l'offre (le médecin), le solde se faisant sur le dos du malade par l'augmentation des cotisations ou la baisse des remboursements »¹.

1 Eric CONAN, *Marianne*, n°578, 15-22 mai 2008, p39.

1.1.2 Les modes de paiement prospectifs, à savoir la capitation et le salariat, rémunèrent les médecins en fonction d'une activité estimée a priori

Les systèmes de paiement prospectifs déconnectent la rémunération du volume d'actes que le médecin délivre. Ils se fondent sur une estimation a priori, *prospective*, du travail du médecin. Ce dernier ne peut donc pas moduler son revenu lui-même, car il ne s'agit pas, comme c'est le cas pour la rémunération à l'acte, d'indemniser a posteriori tout effort de sa part. C'est pourquoi la capitation et le salariat permettent la rationalisation financière de la prise en charge ambulatoire en fonction des besoins de santé estimés.

La **capitation** est généralement en vigueur dans les systèmes sanitaires de tradition universaliste, qui disposent d'un service public de santé intégrant la médecine de ville² : Royaume-Uni, pays scandinaves, mais aussi, en France, le régime spécial des mineurs³. Dans le cadre de la capitation, le médecin reçoit une rémunération forfaitaire par patient contre son engagement à lui dispenser, en cas de besoin, une gamme définie de services sur une période de temps définie. Le montant de la rémunération est généralement fonction des caractéristiques de la file active de patients⁴ (âge, sexe, pathologie...) et/ou du lieu d'exercice. Ce montant est indépendant de la consommation de services médicaux par le patient, si bien que le revenu du médecin ne varie qu'en fonction du nombre de patients pris en charge.

La capitation connaît deux types de mise en oeuvre :

- elle peut se fonder sur une base territoriale définie administrativement (liste *fermée*), le médecin prenant alors en charge une population donnée, ce qui favorise l'accès aux soins dans la mesure où la répartition géographique des médecins sur le territoire est homogène ;
- elle peut également préserver la liberté de choix du médecin par le patient (liste *ouverte*), ce qui impose au premier d'attirer le second sur sa liste.

2 Le modèle de référence étant le *National Health Service (NHS)* britannique.

3 La Caisse Autonome Nationale de Sécurité Sociale des Mineurs (CANSSM) rémunère à la capitation des médecins ambulatoires que les assurés de ce régime sont tenus de consulter.

4 Nombre de patients vus dans l'année par un praticien.

Si la capitation ne permet pas au médecin d'ajuster son revenu, elle lui assure néanmoins un revenu hautement prévisible, encourageant l'embauche de collaborateurs ou de secrétaires. Du point de vue du patient, ce mode de rémunération permet un suivi global par le même médecin, favorisant ainsi la continuité des soins.

Économiquement, la capitation a pour avantage de limiter a priori l'enveloppe destinée à la rémunération des médecins. Contrairement à la rémunération à l'acte, il n'incite donc pas à la surconsommation de biens et services médicaux. Cependant, le caractère non-inflationniste de la capitation peut éventuellement devenir problématique s'il aboutit au rationnement des soins⁵.

De son côté, le **salariat** est un mode de rémunération peu pratiqué en médecine ambulatoire, même s'il existe dans tous les pays de l'OCDE. Il concerne certains collaborateurs de cabinets de groupe employés par leurs pairs, ou encore les médecins exerçant pour le compte de certains régimes spéciaux d'Assurance Maladie, notamment celui des cheminots. Comme dans les autres secteurs d'activité, il s'agit d'un revenu invariant garanti mensuellement au médecin quel que soit son niveau d'activité, qu'il s'agisse du nombre de patients suivis ou de la quantité de services fournis par patient. La valeur du travail fourni par le médecin est donc estimée a priori, de manière encore plus prospective que pour la capitation.

Si le salariat est considéré par la plupart des médecins comme pénalisant pour leur indépendance professionnelle, il leur assure, outre un revenu garanti, des horaires de travail stables et généralement compatibles avec une activité annexe, de formation par exemple. En outre, le praticien salarié bénéficie des conditions de travail garanties par le code du travail, comme le droit aux congés payés, et d'un environnement professionnel appréciable (externalisation des tâches administratives). Du point de vue du patient, ce mode de rémunération permet, de la même manière que la capitation, un suivi global par le même médecin, favorisant ainsi la continuité des soins.

5 Cf. *partie 1.2.1*

1.2 Les systèmes de rémunérations mixtes pallient les insuffisances au regard de la qualité des modes de rémunération purs

1.2.1 Les modes de rémunérations purs ne permettent pas d'atteindre une médecine de ville de qualité

Selon la loi de l'économiste Tindbergen, un instrument de politique économique ne peut servir plusieurs objectifs à la fois. En l'espèce, aucun mode pur de rémunération des médecins de ville n'a pour seul et premier objectif la qualité ; ainsi, ni la rémunération à l'acte, ni la capitation, ni le salariat ne permettent d'y tendre à eux seuls.

Or, la prise en compte de la qualité devient aujourd'hui incontournable tant pour les médecins, afin de se prémunir contre les risques liés à la judiciarisation croissante de leur pratique, que pour les usagers souhaitant bénéficier de soins garantis en terme de qualité et de sécurité. Ces derniers désirent également être reconnus par les acteurs de santé, voire devenir eux-mêmes acteurs de santé. Si le serment d'Hippocrate prêté par l'ensemble des praticiens les engage à délivrer une médecine de qualité⁶, il ne suffit pas à faire de cette exigence une motivation intrinsèque de leur pratique. Pour ce faire, le serment doit s'appuyer sur des incitations concrètes et permanentes, que les modes de rémunération peuvent éventuellement générer. Cependant, il semble que, pris isolément, aucun mode de rémunération n'incite à la prise en compte de l'ensemble des aspects de la qualité.

La **rémunération à l'acte** incite le praticien à se constituer une file active de patients importante, et donc à satisfaire au mieux leurs attentes. La qualité des soins s'en ressent positivement, dans la mesure où la satisfaction du patient en est l'un des indicateurs. Autre avantage, ce mode de paiement assure au praticien une rémunération indexée sur son activité, lui permettant une souplesse relative dans la prise en charge de ses patients. L'accès aux soins de ces derniers s'en trouve facilité.

6 « Je conseillerai aux malades le régime de vie capable de les soulager et j'écarterai d'eux tout ce qui peut leur être contraire ou nuisible », Extrait du Serment d'Hippocrate.

En revanche, la rémunération à l'acte n'indemnise que l'aspect curatif de la prise en charge. Le médecin n'est donc pas incité à développer une démarche qualitative complète. De plus, la durée des consultations constitue la variable d'ajustement du revenu du praticien libéral ; pour maximiser sa rémunération, ce dernier a intérêt à délivrer le plus grand nombre de consultations possibles, et donc à en réduire la durée⁷.

Il est également incité à réserver l'intégralité de son temps de travail aux consultations, au détriment d'autres activités pouvant contribuer à améliorer la qualité dans le domaine de la santé, à savoir :

- l'éducation à la santé-prévention
- la formation médicale continue
- la prise en charge de pathologies reposant sur le conseil plus que sur la prescription
- la détection des problèmes de santé mentale
- l'accès aux soins des plus démunis.

En outre, la rémunération à l'acte ne prend pas en compte l'hétérogénéité de l'acte, aboutissant à un paiement hybride. En effet, si la consultation comprend à la fois un diagnostic et/ou un traitement, elle se traduit également par la rémunération d'une performance individuelle du praticien en fonction d'un acte intermédiaire (la consultation ou la visite), et non du résultat final qu'est l'état de santé du patient.

Ces constats sont illustrés par une étude récente⁸ sur les effets de la modulation des tarifs de consultation. Ainsi, une hausse de 5 à 20% du tarif de l'acte n'engendrerait pas forcément plus de qualité au cours de la consultation. En effet, sur 1900 médecins interrogés, seulement 35% choisiraient d'allonger leur durée moyenne de consultation.

De leur côté, les rémunérations prospectives assurent un revenu stable aux médecins quels que soient les soins qu'ils prodiguent. Ceux-ci ont donc tout intérêt à ce que leurs patients les consultent le moins possible. Ils auront ainsi tendance à privilégier les efforts de prévention. La capitation peut donc conduire à une amélioration de la qualité

7 La durée moyenne de consultation des médecins français, plutôt longue, est à cet égard contre-intuitive ; toutefois, il semble que la quantité de tâches administratives prises en charge directement par le praticien l'explique dans une large mesure.

8 Étude de la DREES à paraître deuxième semestre 2008

de la prise en charge par l'éducation de la population à la santé, le développement des services de premier recours, et la mise en oeuvre des réseaux de santé.

En revanche, la capitation et le salariat supposent a priori que les patients soient orientés de manière unilatérale vers le praticien, si bien qu'on évoque souvent un confinement de patientèle au sujet de ces modes de rémunération. Or, la perte du libre choix du praticien affecte la satisfaction du patient, et peut à ce titre être considérée comme un obstacle à la qualité de la prise en charge. Certains pays (Royaume-Uni, Pays-Bas par exemple) ayant opté pour ces modes de rémunération ont d'ailleurs assoupli l'orientation du patient en lui permettant de choisir son médecin, à travers des démarches administratives restant néanmoins très lourdes.

De plus, ces modes de rémunération assurent au praticien un revenu déconnecté de tout volume d'activité ; celui-ci n'est donc pas incité à accroître sa charge de travail. Ainsi, la quantité de soins délivrée par le médecin est généralement moins importante qu'en régime de rémunération à l'acte. De ce fait, les risques de rationnement des soins et de sélection des patients sont latents, et doivent être contrecarrés par une obligation réglementaire de prise en charge des patients inscrits. Cette obligation peut cependant être contournée par l'externalisation de la prise en charge ou la réduction du temps de consultation⁹ vers d'autres offreurs de soins (hôpitaux, cliniques, confrères).

1.2.2 Les systèmes de rémunération mixtes, conjugués à des dispositifs d'évaluation, permettent mieux de tendre vers une médecine de ville de qualité

Les pays industrialisés ont constaté l'échec des systèmes purs de rémunération. Aucun de ces derniers n'incite le praticien à exercer une médecine entièrement qualitative. Leurs échecs ne sont cependant pas de même nature: le mode de rémunération rétrospectif a tendance à limiter la prise en charge à ses aspects curatifs alors que leurs pendants prospectifs incitent au contraire au rationnement des soins.

Mis en oeuvre de manière dissociée, ces modes de rémunération présentent donc des défaillances ; cependant, leur association permettrait de minimiser leurs inconvénients

9 Ce travers peut notamment être constaté au Royaume-Uni.

respectifs et de mettre en commun leurs avantages. La réussite d'une telle mixité nécessite en parallèle l'élaboration d'indicateurs de qualité.

Outre une prise en compte plus complète de la dimension qualitative dans la pratique médicale, la mixité présenterait l'intérêt, du point de vue des praticiens, de laisser davantage de latitude dans l'exercice professionnel. En effet, le choix de donner à son activité une orientation plus curative ou préventive serait laissé au praticien en fonction de ses aspirations et de la rémunération à laquelle il aspire.

C'est la raison pour laquelle de nombreux pays ont opté pour la mixité des modes de rémunération depuis une vingtaine d'années. Le principe est de garantir un revenu cible au médecin et de le compléter par une part variable indexée sur la qualité de la prise en charge du patient.

Parmi l'ensemble des pays industrialisés, deux pays connaissant des modes de rémunération très différents sont parvenus à mettre en place, chacun à leur manière, une mixité performante des modes de rémunération de la médecine ambulatoire.

D'une part, l'**Allemagne** est passée d'un système exclusif de rémunération à l'acte à un mode l'associant à une certaine forme de capitation, le *praxisbudget*¹⁰.

Alors qu'en France, la négociation entre les partenaires conventionnels fixe le tarif de la consultation médicale, en Allemagne la négociation a pour objet de définir la somme que chaque caisse versera pour un assuré dans le cadre d'une enveloppe fermée globale. Cette forme de capitation est modulable chaque trimestre afin de tenir compte de la survenance plus fréquente de certains épisodes épidémiques au cours de l'année. Les médecins allemands restent rémunérés à l'acte, sans que leurs honoraires puissent toutefois dépasser une certaine somme par assuré. Cette dernière, appelée droit de tirage, est fongible entre tous les patients du médecin.

10 « Ce système de rémunération devait être assoupli à compter du 1^{er} janvier 2007 en prévoyant le remplacement des capitations versées par les caisses d'assurance maladie par des objectifs opposables (*Regelleistungsvolumina*). Dans un contexte de dégradation des comptes sociaux, l'entrée en vigueur de ces mesures a été repoussée au 1^{er} janvier 2009. » <http://www.senat.fr/rap/r05-439/r05-43916.html>

D'autre part, le **Royaume-Uni** a mis en place, avec succès, un mode de rémunération complémentaire à la capitation, le target payment¹¹, axé sur des actes clairement identifiés tels que les campagnes de vaccination et de dépistage. Il s'agit d'une forme de paiement à l'acte pour lequel le médecin n'est rémunéré que s'il atteint un certain niveau sanitaire et quantitatif en matière de service médical rendu.

Par ailleurs, la mise en oeuvre, à partir de 2004, du programme « Quality and outcomes framework » (QOF) concernant uniquement les médecins généralistes, prévoit de leur attribuer un intéressement direct à la performance¹² dans la prise en charge de pathologies telles que le diabète ou les maladies cardio-vasculaires. Des indicateurs spécifiques couvrent tant les process (moyens mis en oeuvre) que l'évolution des paramètres épidémiologiques (résultats attendus). Il est à noter que les données des patients britanniques sont facilement recueillies car leurs dossiers sont informatisés¹³. Les General Practitioner (GP) ont pu bénéficier d'une opportunité d'augmentation de revenus significative allant jusqu'à 30 % de ceux-ci.

Aussi incitatif soit-il, un tel mode de rémunération mixte ne permettra d'atteindre l'objectif de qualité qu'à travers la définition et l'élaboration d'une batterie d'indicateurs construits et validés tant par les pouvoirs publics que par les médecins.

En ce sens, la qualité peut être mesurée de trois manières différentes :

- à partir de résultats finaux comme l'évolution de la morbidité ou de la mortalité (données de santé publique) ;
- à partir de résultats intermédiaires comme les taux de vaccination et de dépistage ou l'adéquation entre diagnostics et prescriptions (équivalent en France aux Relevés Individuels d'Activités et de Prescriptions : RIAP);

11 Target payments in primary care: effects on professional practice and health care outcomes ; Giuffrida A,Gosden T,Forland F,Kristiansen IS,Sergison M,Leese B,Pedersen L,Sutton M ; 25 Oct 1999 <http://www.library.nhs.uk/SpecialistLibrarySearch/viewResource.aspx?resID=236686>

12 En Grande-Bretagne, les médecins généralistes peuvent augmenter leurs revenus jusqu'à 30% grâce à ce système, cf. Rémunération à la performance (séminaire du 6 février 2008 à la HAS) : C.Ziccarelli, JF.Thébaud

13 De ce point de vue, les retards de mise en place du Dossier Médical Personnel (DMP) entraveraient la transposition de ce système en France.

– à partir de l’organisation et de la structure de production de soins tels que les taux d’équipement ou le niveau de qualification des personnels (équivalent en France aux Evaluations des Pratiques Professionnelles EPP et à la Formation Médicale Continue FMC).

Etant donné que les indicateurs fondés sur les résultats finaux sont d’une utilisation complexe en raison de la difficulté à isoler la cause des états de santé de la population, il semble plus adapté de se limiter aux indicateurs de résultats intermédiaires ou d’organisation.

Selon l’inspection générale des finances¹⁴, les indicateurs de résultats intermédiaires doivent se fonder sur des valeurs relatives (écart de la valeur observée par rapport à la moyenne nationale). Il convient en outre de favoriser les variables facilement observables (taux de dépistage, de vaccination...). Ainsi, les indicateurs les plus simples doivent être privilégiés, tout en essayant de couvrir l’ensemble de l’activité de production de soins afin de ne pas amener les praticiens à délaisser certains aspects de leur pratique.

Ainsi, la définition d’indicateurs pose une réelle difficulté à la mise en place, en France, d’un mode de rémunération mixte permettant d’atteindre une médecine de ville plus qualitative. Toutefois, le retard français dans ce domaine s’explique davantage par des obstacles culturels, même si l’évolution actuelle des mentalités exprimée lors des EGOS permet d’envisager une réforme du mode de rémunération des médecins libéraux.

¹⁴ Inspection générale des finances, rapport d’enquête n° 2002-M-023-02 sur la régulation et l’organisation de la médecine en ville : les enseignements des expériences étrangères, établi par MM. B. Cozzarolo, E. Jalon et G. Sarlat sous la supervision de M. B. Durieux, mars 2003.

2 En France, l'évolution récente des facteurs culturels faisant traditionnellement obstacle à la remise en cause du paiement à l'acte, permet d'envisager le passage à un mode de rémunération mixte et plus qualitatif de la médecine de ville

2.1 L'attachement des médecins de ville aux fondements libéraux est un obstacle important à l'évolution du mode de rémunération, même si les conditions difficiles d'exercice favorisent une évolution récente des mentalités

2.1.1 Les fondements de la médecine libérale française freinent l'évolution des modes de rémunération

En dépit de l'évolution des principes de la charte de 1927, les médecins restent particulièrement attachés aux fondements de la médecine libérale, socles d'une véritable « identité libérale » et freins à une possible réforme des modes de rémunération.

La médecine libérale s'est construite à partir de principes définis dans la Charte de 1927 dite « Charte de la médecine libérale » et aujourd'hui inscrits dans le code de la sécurité sociale¹⁵. Il s'agit du libre choix du médecin par le malade, de la liberté de prescription, de la liberté d'installation, de l'entente directe et du respect du secret professionnel. Les médecins libéraux restent particulièrement attachés à ces principes fondamentaux, gage de leur autonomie et de leur indépendance professionnelle. Ainsi, depuis les années 1990, nombre de projets de réforme prônant une maîtrise médicalisée des dépenses de santé ont été soit abandonnés, soit édulcorés sous la pression des médecins. Les Références Médicales Opposables (RMO) introduites par la loi Teulade en 1993, prévoyaient une sanction financière pour les médecins ne respectant pas la liste des médicaments pris en charge pour chaque type de pathologie. Finalement leur caractère pénalisant a été abandonné. Quant à l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM),

¹⁵ Article L162-2 du Code de la sécurité sociale.

d'enveloppe fermée, il est devenu rapidement une enveloppe ouverte dépassée chaque année.

Le paiement à l'acte, s'il n'est pas inscrit en tant que tel dans la Charte, découle cependant naturellement des principes fondateurs et contribue à renforcer « l'identité libérale »¹⁶. En effet, il permet aux médecins libéraux de rester théoriquement indépendants des financeurs et de ne pas introduire de tiers dans le colloque singulier médecin-patient, transposant l'image traditionnelle de la médecine. Il existe donc un lien direct entre le revenu du médecin et son activité. A ce titre, le paiement à l'acte demeure, encore aujourd'hui, « sacralisé dans le système français »¹⁷.

Cet attachement profond aux valeurs de la médecine libérale subsiste malgré l'évolution des principes fondamentaux. Le libre choix du médecin est aujourd'hui encadré par l'inscription du patient dans le parcours de soins coordonné. De plus, la répartition actuelle des médecins sur le territoire associée à la baisse de la démographie médicale pourrait de facto porter atteinte au principe du libre choix. L'entente directe entre le patient et le médecin, à savoir la fixation par le praticien du montant de la rémunération en fonction du statut social du patient, de la difficulté de l'acte ou du temps investi dans les soins, a également perdu de sa consistance avec la mise en place des conventions médicales. Ainsi, les médecins en secteur 1 appliquent des tarifs fixés par les conventions. L'institution du tiers payant (rémunération directe par l'Assurance maladie) pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle porte atteinte au principe du paiement direct. Quant au paiement à l'acte, il n'est plus le mode exclusif de rémunération avec l'instauration de différents forfaits et notamment le forfait Affection de Longue Durée (ALD) pour les médecins traitants. Enfin, les RMO introduites en 1993 ont tenté d'encadrer la liberté de prescription, de même que les différents contrats (contrats de santé publique, contrats de bonnes pratiques...). La liberté de prescription est également limitée par le droit des pharmaciens de substituer un médicament princeps par son générique.

¹⁶ Julien Cousança,, Thèse de médecine soutenue en 2007 à l'université de Rennes 1 relative à l'état des lieux de l'opinion des médecins généralistes bretons sur leur mode de rémunération.

¹⁷ Didier Tabuteau, Dossier Assurance maladie et réformes, les autres défis de l'assurance maladie, 2004/3, revue Sève

L'évolution de ces principes encadre plus ou moins l'autonomie des médecins ; pour autant, au delà du contenu des principes, subsiste un attachement profond à cette philosophie libérale. Les médecins libéraux veulent conserver leur statut ; les principes libéraux, même si leur portée est atténuée par les réformes menées depuis 1927, demeurent des principes identitaires. Evoquer un changement de mode de rémunération, c'est s'attaquer aux fondements de la médecine libérale, ce qui rend frileux les différents acteurs d'une possible réforme. La défense des principes libéraux paralyse le débat et constitue dès lors un prétexte au non changement.

Les médecins libéraux évoquent également la peur d'une baisse des revenus si l'on change de mode de rémunération. Or, si l'on s'appuie sur les expériences étrangères, il semble que cette idée relève du préjugé puisque les généralistes anglais, danois et néerlandais, pourtant majoritairement payés à la capitation, sont mieux rémunérés que les français¹⁸.

L'absence d'un consensus au sein des syndicats de médecins libéraux ainsi que la multiplicité des acteurs lors des négociations des accords conventionnels constituent un obstacle supplémentaire à l'introduction de nouveaux modes de rémunération.

Le syndicalisme médical français est marqué par son émiettement et sa fragmentation. Aujourd'hui, il existe sept organisations syndicales représentées aux Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML).

Sur le sujet de la rémunération, ils sont partagés¹⁹. Les syndicats qui représentent plusieurs catégories de médecins (FMF, SML, CSMF) restent majoritairement attachés au paiement à l'acte « qui doit rester la règle » même si la CSMF se montre « timidement » en faveur de la création du statut du médecin collaborateur salarié au sein d'un cabinet libéral. Elle se prononce également en faveur d'une forfaitisation de la rémunération sur certains aspects de la pratique comme la prévention et la permanence de soins. Espace Généraliste, syndicat mono catégoriel, souhaite l'élargissement du forfait médecin traitant à tous les patients et non plus uniquement à ceux en ALD. MG France serait pour un élargissement du mode de rémunération vers le salariat et une plus grande part de forfaitisation. Enfin, le SNJMG, qui représente des médecins plus jeunes, affiche clairement sa position, qui serait

¹⁸ Cf. supra Julien Cousança, thèse 2007, source OCDE 2006 : les Britanniques gagnent 135 611\$ annuels contre 104 395\$ pour les Français.

¹⁹ Cf. Thèse de Julien Cousança, supra

de créer des postes salariés dans le but de lutter contre les zones déficitaires en médecine générale.

Même si certains syndicats ne s'opposent pas à l'introduction de nouveaux modes de rémunération, la procédure de signature des accords conventionnels n'en favorise pas l'évolution. Pour être valable, un accord conventionnel nécessite la signature d'au moins un syndicat représentatif. Cependant un syndicat majoritaire aux élections des URML a la possibilité de s'opposer aux accords conventionnels²⁰. Ce mécanisme accentue la surenchère syndicale d'autant plus que les médecins sanctionnent régulièrement les organisations qui font des compromis. Les résultats aux élections peuvent varier du simple au double pour un même syndicat en fonction de son attitude dans les négociations.

La position des syndicats est renforcée par le fait qu'ils ont deux interlocuteurs: l'UNCAM et l'Etat en la personne du Ministre de la santé. Cette dualité des interlocuteurs leur permet de choisir le plus accommodant.

De plus, les médecins eux-mêmes sont souvent à l'origine des débats nationaux (par exemple MG France pour le parcours de soins) ; cela explique que la question d'une remise en cause du paiement à l'acte ne soit pour l'instant évoquée que timidement.

Pour Pierre-Louis Bras, l'ensemble de ces « jeux d'acteurs » dessine une « accumulation de faiblesses » aussi bien de la part des politiques que des syndicats. Pour autant, la faiblesse de ces derniers peut être relativisée puisque que la situation économique leur est favorable. Avec un revenu net moyen de 82 500 euros en 2004²¹, les médecins libéraux ont une rémunération parmi les plus élevées des cadres du secteur privé (moins de 5% des cadres obtiennent un salaire annuel net supérieur à 82 500 euros).

Ainsi, la procédure de signature des accords conventionnels ne favorise pas l'introduction d'autres modes de rémunération des médecins libéraux. La Cour des Comptes énonce qu'« une place aussi essentielle des dispositions conventionnelles dans l'organisation du système de soins présente le risque de subordonner cette organisation aux

²⁰ Cf. Serge Cannasse, « Le poids des syndicats médicaux dans l'organisation du système de soins », avril 2008.

objectifs d'optimisation des revenus ainsi qu'à des positionnements d'appareils syndicaux ».

2.1.2 Les contraintes de la médecine libérale encouragent les praticiens à envisager d'autres modes de rémunération

Les difficultés d'exercice de la profession se heurtent aux aspirations de la nouvelle génération de médecins libéraux.

« Il se confirme que les temps ont changé. [Aborder la question du mode de rémunération], il y a quelques années, aurait provoqué un rejet massif des médecins libéraux. Ce n'est plus le cas aujourd'hui ». Cette citation du journaliste Jacques Degain, pour le Quotidien du Médecin, témoigne d'une évolution des mentalités à ce sujet. D'ailleurs, comme le souligne le Docteur Philippe Sopena, la baisse annoncée du nombre de praticiens libéraux associée à une durée plus longue de consultation –due au vieillissement de la population et à la prise en charge de pathologies plus lourdes– leur fait entrevoir tout l'intérêt d'une dose de rémunération à la capitation. Au-delà des modalités de rémunération, c'est surtout leur niveau de rémunération qui les intéresse²².

Cette évolution des mentalités est également liée aux contraintes inhérentes à l'exercice de la médecine libérale, moins bien acceptées par la jeune génération de médecins.

L'isolement, lié à une répartition géographique inadaptée des médecins libéraux, est source de difficultés pour les praticiens. Outre la surcharge de travail liée aux nécessités d'assurer la permanence des soins, les patients peuvent exercer sur eux une pression supplémentaire : demande de prescriptions d'antibiotiques, arrêts de travail... et induire une difficulté à suivre les recommandations de bonnes pratiques.

En liant le revenu au nombre d'actes, le paiement incite le médecin à allonger sa durée de travail hebdomadaire. D'ailleurs, les médecins généralistes libéraux déclarent des durées de travail hebdomadaires comprises entre 55 et 59 heures auxquelles s'ajoutent la gestion

²¹ Legendre Nadine, DREES, n°562, mars 2007, p 6

²² Cf. entretien avec Philippe Sopena, ancien vice-Président de MG France

des tâches administratives, et les nombreux rendez-vous avec les visiteurs médicaux (en moyenne, les médecins déclarent recevoir 4 à 6²³ visites par semaine).

Ces contraintes sont aujourd'hui dénoncées par la nouvelle génération de médecins : on observe une aspiration de tous à une meilleure qualité de vie encouragée notamment par une féminisation croissante de la profession. Selon l'enquête de la DREES, près d'un médecin généraliste sur deux déclare souhaiter réduire sa durée de travail hebdomadaire d'une douzaine d'heures tandis que déjà un tiers des femmes exercent à temps partiel.

Ces aspirations rendent les médecins plus favorables à un exercice collectif de la médecine -médecine de groupe, association de médecins, maisons médicales-. Ces organisations permettent des économies d'échelle - secrétariat, entretien des locaux...-, d'assurer la continuité des soins en allégeant la durée de travail et d'expérimenter de nouveaux modes de rémunération (salarial-capitation).

Cette évolution des mentalités encourage les pouvoirs publics à développer des alternatives au paiement à l'acte restant malgré tout timides.

L'évolution récente des mentalités est confirmée par les chiffres puisque 44% des médecins libéraux sont aujourd'hui favorables à l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération, à côté du paiement à l'acte²⁴. D'ailleurs, depuis 2000, on assiste à la multiplication des forfaits, sommes versées aux médecins par l'Assurance maladie en contrepartie des contraintes ou des modalités d'exercice ne constituant pas un acte de soins : forfaits et majorations pour gardes et astreintes, aides à la télétransmission, forfaits de régulation pour les permanences téléphoniques dans le cadre de la médecine d'urgence. De plus, les médecins bénéficient d'une incitation financière dans le cadre du forfait ALD d'un montant de 40 € par patient et par an, visant à indemniser la prise en charge administrative et thérapeutique (formulaires bizones) des patients en ALD. Bien qu'encore très réduite, la part des forfaits dans la rémunération des médecins est cependant passée en quatre ans de 0,2% à 1,6%. La voie des forfaits spécialisés continue à être explorée avec la réflexion actuelle autour d'un futur « forfait adolescent »²⁵.

Début 2008, les EGOS ont introduit le débat sur l'évolution du mode de rémunération ayant vocation à compléter le paiement à l'acte, voire à s'y substituer, mais sur le

²³ Source: « l'exercice de la médecine générale libérale », DREES, Etudes et résultats, n°610, novembre 2007

²⁴ Source : Sondage IFOP pour le Quotidien du médecin du 11 mars, p 3.

²⁵ Cf. le quotidien du médecin du 24 avril 2008

fondement d'une évaluation qualitative et quantitative. De même, le Rapport Annuel de la Cour des Comptes relatif aux Lois de Financement de la Sécurité Sociale pour 2007 (RALFSS) identifie dans ses recommandations de « conduire sans tarder une réflexion sur l'articulation du paiement à l'acte et du paiement au forfait des médecins généralistes ». Cette réflexion est complétée par une expérimentation rendue possible par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2008. En effet, la LFSS du 19 décembre 2007 prévoit dans son article 44 « des expérimentations [pouvant être menées] à partir du 1^{er} janvier 2008 et pour une période n'excédant pas cinq ans [...] portant sur de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé ou de financement des centres de santé [...] complétant le paiement à l'acte ou s'y substituant, sur le fondement d'une évaluation quantitative et qualitative de leur activité réalisée à partir des informations transmises par l'organisme local d'Assurance maladie dont ils dépendent ». Ces expérimentations sont menées par les Missions Régionales de Santé (MRS) qui passent des conventions avec les professionnels de santé volontaires et fixent le montant et les modalités des rémunérations des médecins assurant la permanence des soins.

Cette expérimentation n'est pas sans rappeler celle du médecin référent introduite en 1998 sur la base du volontariat et qui fut un échec puisqu'elle concernait, fin 2003, environ 6000 médecins et 1,1 millions d'assurés²⁶. On voit là toute la difficulté et le paradoxe des médecins favorables à l'introduction d'autres modes de rémunération mais peu attirés cependant par l'adhésion à des mécanismes prospectifs et expérimentaux.

Prenant en compte les freins à un changement de mode de rémunération et les fenêtres d'opportunité pouvant être développées, deux scénarios sont envisagés.

²⁶ Chiffres : Pierre Louis Bras, Le médecin traitant : raisons et déraison d'une politique publique, Droit social, n°1, janvier 2006, p 60.

2.2 Oser une réforme du mode de rémunération des médecins libéraux français pour renforcer la qualité au cœur de leur pratique

2.2.1 La voie incrémentale : pallier les biais de la RAA en lui adjoignant une forte dose de rémunération forfaitaire indemnisant les efforts qualitatifs de prévention

Le profond attachement de la profession médicale aux principes issus de la Charte de 1927 explique donc le relatif immobilisme des pouvoirs publics en matière d'évolution des pratiques et des modes de rémunération des médecins. Toutefois, le thème de la qualité étant fortement mobilisateur, les pouvoirs publics ont cherché à démontrer leur engagement sur ce terrain sans remettre en cause les fondements libéraux de la médecine de ville.

Dès lors, des incitations financières nouvelles ont été créées, faisant évoluer à minima le mode de rémunération des médecins. Ainsi, on a assisté depuis 2000 à la multiplication des forfaits. Ces financements prospectifs – ils rémunèrent des activités dont les coûts sont évalués a priori – sont à distinguer des simples majorations d'actes. Bien qu'embryonnaires, ces réformes successives ont symboliquement mis fin au caractère exclusif du paiement à l'acte.

Afin de pallier les inconvénients de la RAA tout en maintenant la prépondérance de ce mode de rémunération auquel les médecins se déclarent très attachés, un scénario d'évolution possible serait un gel des revenus tirés de la RAA au profit d'une élévation progressive de la part des forfaits.

Ceci passe par un blocage pérenne du tarif des consultations et visites à leur niveau actuel, toute augmentation future du niveau de rémunération des médecins devant passer par la mise en place et/ou la revalorisation de forfaits.

Cependant, l'inconvénient majeur de cette démarche incrémentale serait son caractère éventuellement peu lisible. En effet, l'explosion désordonnée de nouveaux forfaits apparaît peu souhaitable, d'autant que leur gestion détournerait encore plus le médecin du cœur de sa pratique. L'évolution de la démographie médicale incite au contraire à préserver le plus possible le temps médecin. Or, les rémunérations forfaitaires en vigueur aujourd'hui sont

souvent attribuées sans logique d'ensemble ni contrôle préalable réel, au détriment de la qualité et du bon usage des fonds publics.

C'est pourquoi la piste avancée par le député André Flajolet dans son rapport d'avril 2008²⁷ apparaît pertinente : il s'agit de maintenir le paiement à l'acte tout en réunissant en un même forfait, baptisé « prise en charge des missions de service public », l'ensemble des rémunérations prospectives annexes indemnisant la prévention et la permanence des soins.

2.2.2 La voie radicale: tirer parti de l'évolution des mentalités pour passer à un mode de rémunération prospectif et ancré sur des indicateurs de qualité

L'évolution des mentalités, évoquée dans le cadre des EGOS en début d'année 2008, permet d'envisager une réforme ambitieuse du mode de rémunération des médecins libéraux. Les médecins, davantage préoccupés par leur niveau de rémunération que par le mode, y semblent prêts. Le succès actuel des modes d'exercice groupé démontre que leur priorité se situe surtout au niveau de la réduction de leur volume d'activité non médicale (tâches administratives etc.). Or, leur assurer un revenu plus stable à travers de nouveaux modes de rémunération, c'est également leur donner la visibilité suffisante pour embaucher les collaborateurs (secrétaires, paramédicaux) qui leur font défaut.

Les modes de financement prospectifs de la médecine de ville apparaissent adaptés à la prise en compte des exigences de qualité dans les actions de prévention, comme en attestent les données épidémiologiques recueillies dans les pays scandinaves²⁸.

Cependant, ils ne garantissent pas forcément une bonne qualité de la prise en charge curative. Afin de tendre vers la qualité des soins, il est donc nécessaire de mettre

27 André FLAJOLET, *Mission au profit du Gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire*, Paris, 28 avril 2008.

28 D'après *Panorama de la santé en France et Panorama de la santé en Suède*, Genève, OMS, 2004 : les prévalences du tabagisme et de l'alcoolisme sont ainsi faibles en Suède, même si la France réalise de bonnes performances en matière de maladies cardiovasculaires.

parallèlement en place des indicateurs de performance rendant compte de la conformation du médecin aux bonnes pratiques définies par les sociétés savantes.

L'introduction en France d'un mode de rémunération prospectif de la médecine de ville ne sera réellement bénéfique qu'à condition de mettre en place et de faire accepter de telles contraintes. Pour ce faire, l'évaluation de cette démarche qualité devrait être assurée par des médecins désignés par leurs pairs dans un cadre géographique optimal, tant du point de vue de l'efficacité que de la légitimité. La crainte de voir se développer une « médecine au rabais » serait alors atténuée chez les praticiens.

La rémunération prospective se décline classiquement en deux modes différents que sont le salariat et la capitation²⁹. Si le salariat est parfois évoqué comme un mode de rémunération envisageable dans le cadre des maisons de santé, la capitation apparaît toutefois comme une solution plus respectueuse de l'indépendance du praticien et de sa déontologie.

C'est pourquoi le scénario radical le plus judicieux serait de mettre en place une rémunération majoritaire à la capitation, où chaque médecin bénéficierait d'un revenu fixe en fonction du nombre de patients inscrits sur sa file active. Celle-ci serait arrêtée conjointement par l'organisme payeur³⁰ et le médecin lors de son installation, avec révision pluriannuelle bilatérale en fonction des évolutions démographiques. Le praticien aurait en charge la santé de toutes les personnes inscrites sur sa liste, qui auraient réciproquement accès de droit et en toutes circonstances à ses services.

Le passage au mode de rémunération par capitation impliquerait de s'appuyer sur des enveloppes fermées, dont le montant serait arrêté a priori (en fonction des besoins estimés) et piloté au niveau régional³¹.

Par rapport à la RAA, un tel mode de rémunération aurait le double intérêt de mettre fin au paiement indifférencié, et donc inéquitable, d'actes hétérogènes³², et de rompre avec son hybridité³³.

29 *Cf. supra.*

30 La création d'agences régionales de santé puissantes, concentrant les prérogatives de l'ARH et de l'URCAM apparaît comme une piste intéressante.

31 *Idem.*

En outre, il inciterait les pouvoirs publics à développer une culture épidémiologique à même de mesurer les performances des médecins de ville sur la santé de la population, c'est-à-dire la qualité de leur prise en charge. Il serait ainsi mis fin à l'absence de contrôle de la performance finale des ordonnateurs de fonds publics que sont bel et bien les médecins libéraux.

En revanche, une telle réforme nécessitant une remise à plat des revenus des médecins libéraux, engendrerait des protestations analogues à celles qui avaient émergé en 2005 lors de la mise en place de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM). Même en leur garantissant un niveau de rémunération équivalent au revenu cible moyen de la profession médicale, il n'en demeure pas moins que certains professionnels seraient gagnants, et d'autres perdants. Surtout, ils n'auraient plus, dans ce cadre, la liberté d'ajuster eux-mêmes leur rémunération à la hausse ou à la baisse en faisant varier leur activité.

C'est pourquoi, afin de maintenir chez les médecins une modulation de leurs revenus en fonction de leurs efforts individuels, la capitation pourrait être complétée par une part de RAA d'un genre nouveau, qualifiée de « Rémunération à la Pathologie » (RAP)³⁴. Celle-ci offrirait en effet aux praticiens la possibilité de se constituer une deuxième file active de patients.

La RAP porterait uniquement sur certaines pathologies malignes choisies par les sociétés savantes pour le caractère standardisable de leur prise en charge, dans un cadre général d'évaluation de la qualité des pratiques. La CCAM servirait de fondement à une tarification différenciée de la prise en charge de chaque pathologie, à l'image de la Tarification à l'Activité (T2A) dans les hôpitaux. Cette RAP serait donc prospective, dans la mesure où

32 Un « acte médical » peut recouvrir de multiples réalités : diagnostic, diagnostic + traitement, certificat etc.

33 La RAA rémunère de manière rétrospective une performance individuelle (l'acte) en se basant sur une production intermédiaire (la consultation), et non finale (état de santé).

34 Cf. Forsberg et la « rémunération basée sur la performance ». Comme la Cour des Comptes y invite dans son rapport 2005 sur l'exécution de la LFSS, on recherche ici à isoler la part d'activité relevant d'une rémunération au forfait de l'activité rémunérée à l'acte, ou plutôt à la pathologie.

elle ne varierait pas en fonction des actes de chaque praticien, mais seulement en fonction du nombre de prises en charge fondées sur les pathologies identifiées.

Pour ces pathologies, et uniquement celles-ci, le patient serait libre de consulter le médecin de son choix, à la différence des prises en charge de droit commun soumises à la capitation. De ce fait, les médecins seraient incités à délivrer des soins de la meilleure qualité possible afin de recruter de nouveaux patients et de compléter leur rémunération.

La RAP complémentaire aurait donc le triple avantage de garantir aux médecins un espace de liberté, de les inciter à prodiguer des soins de qualité, et de maintenir le libre choix du médecin par le patient pour les pathologies malignes.

Conclusion

Le passage à un mode de rémunération mixte de la médecine de ville française, à même de tourner davantage les pratiques vers la qualité, est donc souhaitable. Il ne peut être envisagé qu'en levant les obstacles culturels qui, encore récemment, arc-boutaient la profession sur la rémunération à l'acte.

L'enjeu n'est pas mince, puisque la qualité est devenue un souci permanent de la société contemporaine. L'aversion croissante pour le risque et son corollaire, la judiciarisation des rapports humains, n'épargne pas la relation médecin-patient. En outre, la non-qualité a, en matière médicale, un coût financier et humain qui justifie les efforts en ce sens.

Cependant, la rémunération vise d'abord à assurer aux médecins un revenu cible susceptible de motiver les vocations. Même pensés de manière optimale, les modes de rémunération ne suffiront pas à eux seuls à améliorer les pratiques médicales s'ils ne visent pas l'implication active des praticiens. C'est à cette condition qu'il sera possible de réformer la médecine ambulatoire et de la faire tendre intrinsèquement vers la qualité.

Cette réflexion intervient d'ailleurs dans un contexte de forte mutation des politiques sanitaires, de la mise en place du Dossier Médical Personnel (DMP) au médecin traitant. En ce sens, il est nécessaire de clarifier la logique d'ensemble des réformes en cours pour y intégrer au mieux l'évolution des modes de rémunération de la médecine de ville. S'il s'agit de rendre le système de santé français plus efficace dans l'amélioration de la santé de la population, cette réforme trouvera sa place. A contrario, la seule recherche de l'efficience ne saurait constituer un argument suffisant pour convaincre la profession médicale du bien-fondé d'un changement de leur mode de rémunération.

Bibliographie

Etudes

ATTAL-TOUBERT Ketty, LEGENDRE Nadine, « Comparaison des revenus des médecins libéraux à ceux des autres professions libérales et des cadres », DREES, Série Etudes et Résultats, n°578, Juin 2007

AULAGNIER Marielle, OBADIA Yolande, PARAPONARIS Alain, SALIBA-SERRE Bérengère, VENTELOU Bruno, GUILLAUMAT-TAILLIET François, « L'exercice de la médecine générale libérale », Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises, DREES, Série Etudes et Résultats, n°610, novembre 2007

BOUFFARTIGUE Paul, BOUTEILLER Jacques, ARBORIO Anne-Marie, « Les conditions de travail des médecins, intérêts et limites d'une comparaison entre médecins salariés et libéraux », DREES, Série Etudes et Recherches, n°50, Juin 2005

DORMONT, SAMSON, « Carrières des médecins généralistes : les inégalités entre générations », DREES, Série Etudes et Recherches, n°75, janvier 2008

LEGENDRE Nadine, « Les revenus libéraux des médecins en 2004 et 2005 », DREES, Série Etudes et Résultats, n°562, Mars 2007

SAMSON Anne-Laure, « La dispersion des honoraires des omnipraticiens sur la période 1983-2004, une application de la méthode des régressions quantiles », DREES, Série Etudes et Recherches, n°62, Août 2006

Rapports.

CHEVRIER-FATOME Carine, DANIEL Christine, « Le système de santé et d'Assurance maladie en Angleterre, Actions concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire », n°2002 105, Juin 2002.

COUR DES COMPTES, Rapport annuel relatif aux lois de financement de la sécurité sociale 2005 et 2007 (RALFSS)

COZZAROLO Bertrand, JALON Eric, SARLAT Guillaume, sous la supervision de DURIEUX Bruno, Inspection Générale des Finances (IGF), « Rapport d'enquête sur la régulation et l'organisation de la médecine de ville : les enseignements des expériences étrangères », n° 2002-023, Mars 2003.

FLAJOLET André, « Mission au profit du gouvernement relatif aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire », 28 avril 2008

GRIGNON Michel, PARIS Valérie, POLTON Dominique, COUFFINHAL Agnès, PIERRARD Bertrand, « L'influence des modes de rémunération des médecins sur l'efficacité du système de soins », Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, n°35, novembre 2002

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE, « Avis sur les conditions d'exercice et de revenu des médecins libéraux », adopté par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie, 24 mai 2007.

IGAS, « Contrôle et évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation de développement des réseaux (DDR) », n°2006-022.

VALLANCIEN Guy, AUBART François, CUQ Philippe, « Quels modes de rémunération pour les chirurgiens ? », 25 mars 2008

Projets de lois et lois

Projet de LFSS pour 2008

LFSS pour 2008, 19 décembre 2005, JO du 21 décembre 2007.

Articles de revues

ARMOUR Brian, PITTS, Melinda, CANGIALOSE Charles, KISHEL Mark, IMAI Hirohisa, ETCHASON Jeff, "The effect of explicit financial incentives on physician behavior", Archives of International Medicine, 2001, vol 161, p 1261-1266

BOURGUEIL Yann, MAREK Anne, MOUSQUES Julien, « Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : Quels enseignements pour la France ? », IRDS, Questions d'économie de la santé, n°127, novembre 2007.

BRAS Pierre-Louis, « le médecin traitant, raisons et déraison d'une politique publique, Droit social, n°1, Janvier 2006, p 59-72

CORNILLEAU Gérard, « La santé, entre difficultés financières et risques de dégradation qualitative, France 2012 », Protection sociale et solidarité en France, Revue de l'Observatoire français des conjonctures économiques (OFCE), 2007/3

DEGAIN Jacques, « Les médecins très partagés sur de nouveaux modes de rémunération », Le quotidien du médecin, 11 mars 2008, p 3

DE KERVASDOUE Jean, CANASSE Serge, « Economie de la médecine libérale, un regard critique », Le concours médical, Tome 129, 13/14 du 3 avril 2007, p 377-379

DESCHAUMES Stéphanie, DHEROT Jean, « Fonds d'aide à la qualité des soins de ville », Revue ADSP n°35, Juin 2007, p 9-11

ELLIS Randall, MC GUIRE Thomas, "Supply-side and demand-side cost sharing in health care", The journal of Economic Perspectives, Vol 7, n°4, 1993, p 135-151

FORSBERG Ewa, AXELSSON Runo, ARNETZ Bengt, "Financial incentives in health care; the impact of performance-based reimbursement", Health Policy, Vol 58, n°3, December 2001, p 243-262

GLIED Sherry, "Payment heterogeneity, physician practice, and access to care", American Economic Review, 1998, vol 88, p127-131

GOSDEN Toby, FORLAND, KRISTIANSSEN, SUTTON, LEESE, GUIFFRIDA, SERGISON, PEDERSON, "Impact of payment method on the behaviour of primary care

physicians: A systematic review”, Journal of Health Services Research and Policy, 2001, vol 6, p 44-55

GOSDEN Toby, PEDERSON, “How should we pay doctors? A systematic review of salary payment and their effect on doctor behaviour”, Quarterly Journal of Medicine, 1999, vol 92, p 47-55

GOSDEN Toby, SIBBALD Bonnie, WILLIAMS Jackie, PETCHEY Roland, LEESE Brenda, “Paying doctors by salary: a controlled study of général practitioner behaviour in England”, Health Policy, Vol 64, n°3, June 2003, p 415-423

LAPLACE L, KAMENDJE B, NIZARD J, COZ J, CHAPERON J, « Les systèmes de santé français et anglais: Evolution comparée depuis le milieu des années 90 », Santé publique n° 14, 2002/1, p 47-56

« Panorama de la santé en France » et « Panorama de la santé en Suède », Genève, OMS, 2004

« **PLFSS 2008**, La casse à tous les étages », Le médecin de France n°1091, 30 octobre 2007, p 4-5

SORENSEN Rune, GRYTTE Jostein, “Service production and contact choice in primary physician services”, Health Policy, Vol 66, n°1, October 2003, p 73-93

TABUTEAU Didier, « les autres défis de l’Assurance maladie », Dossier Assurance maladie et réformes, Revue Sève, Presses de science politique, 2004/3, p111-125

URML, « Evaluation des pratiques professionnelles, formation médicale continue, les réponses à vos questions », Brochure URML Bourgogne, n°14, mars 2007

Articles de presse :

CONAN Eric, « Le système de santé français est le meilleur du monde », Marianne, n°578, du 17 au 23 2008, p 39

FAVEREAU Eric, « Forfaitiser les médecins », Libération, 7 novembre 2006

GEOFFARD Pierre-Yves, « Archaïque paiement à l’acte », Libération, 4 décembre 2006

Thèse :

COUSANCA Julien, « Etat des lieux de l’opinion des médecins généralistes bretons sur leur mode de rémunération », Thèse de doctorat de médecine, Université de Rennes 1, 2007

Sites Internet :

www.csmf.fr

www.mgfrance.org

www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/egos

www.senat.fr

www.quotimed.com

www.carnetsdesante.fr

www.library.nhs.uk